

膿化癰袋卵後產

La Suppuration des Kystes de l'Ovaire au cours de la Puerpéralité

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

le 7 Juillet 1923

PAR

士博學醫學大科醫昂里國法

良 伯 伍

Wu PAK-LIANG

Directeur Ng Hon Che Memorial Hospital T'o Keung Medical College, Canton(Chine)

Assistant

à la Clinique Chirurgicale (Service du Professeur Tixier),

à la Clinique d'Accouchement (Service du Professeur Commandeur)

de l'Université de Lyon

né à CANTON (Chine) le 25 Décembre 1892



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1923

LA SUPPURATION DES KYSTES DE L'OVAIRE
AU COURS DE LA PUERPÉRALITÉ

產後卵袋瘤化膿

La Suppuration des Kystes de l'Ovaire au cours de la Puerpéralité

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

le 7 Juillet 1923

PAR

法國里昂醫學大科醫學博士

良 伯 伍

Wu PAK-LIANG

Directeur Ng Hon Che Memorial Hospital T'o Keung Medical College, Canton (Chine)

Assistant

à la Clinique Chirurgicale (Service du Professeur Tixier),

à la Clinique d'Accouchement (Service du Professeur Commandeur)

de l'Université de Lyon

né à CANTON (Chine) le 25 Décembre 1892



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1923

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. HUGOUNENQ
Doyen	MM. J. LEPINE
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,
A. FLORENCE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TESSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	COMMANDEUR.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	POLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNONIS
Chimie biologique et médicale	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	N-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Histologie	BRETIN
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Chirurgie opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	Etienne MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	MOREAU

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	—	VALLAS.
—	—	CONDAMIN.
—	—	BARRAL.
—	—	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Embryologie	GRAVIER.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	TRILLAT	ROUBIER
LERICHE	FROMENT	SAKVONAT	FAVRE
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (L.)	FLORENCE (G.)	BONNET
TAVERNIER	PIERY	ROCHAIX	NOEL, chargé
CADE	COT'E	CORDIER	des fonctions
GARIN	DUROUX		

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. COMMANDEUR, *président*, M. TRILLAT, *assesseur*
MM. RHENTER et SANTY, *agregés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR NG HON CHE M.D., B.L.L.

Député de Canton

Fondateur, Directeur "T'o Keung Medical College"
Canton (Chine)

A MA MÈRE

Directrice de l'Ecole de Sage-Femmes
Canton (Chine)

A MA SŒUR CHI MOI

Docteur en Médecine
Conseiller Municipal de Canton

A MES FRÈRES

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR COMMANDEUR

Professeur de Clinique d'Accouchement

Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous le remercions de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse et de toute la bienveillance qu'il nous a témoignée pendant tout le temps passé dans son service.

Nous l'assurons de notre profonde reconnaissance et le prions d'agréer nos bien vifs remerciements.

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR TIXIER

Professeur de Clinique Chirurgicale

Chevalier de la Légion d'Honneur

Il nous a toujours accueilli avec la plus grande bienveillance, il ne nous a ménagé ni son temps ni ses conseils. Qu'il soit assuré de notre sincère reconnaissance et le remercions sincèrement des témoignages d'intérêt qu'il a manifestés.

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉCÉ COTTE

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Il a bien voulu nous confier le sujet de cette thèse. Qu'il veuille bien accepter nos sentiments de profonde reconnaissance pour l'amabilité avec laquelle il nous a aidé de ses conseils qui furent pour nous un guide précieux.

A MADAME LA DOCTORESSE BARRAL

ET

A M. LE PROFESSEUR BARRAL

Professeur de Chimie à la Faculté de Médecine de Lyon

Chevalier de la Légion d'Honneur

Hommage de respectueuse et profonde reconnaissance.

A M. LE PROFESSEUR LÉPINE

Doyen de la Faculté de Médecine de Lyon

Président de l'Association Universitaire Franco-Chinoise

ET

A M. LE PROFESSEUR COURANT

Professeur à la Faculté des Lettres de Lyon

Administrateur délégué

de l'Association Universitaire Franco-Chinoise

Hommage respectueux.

A M. PHILIPPE BARRAL

mon meilleur ami

A MES JUGES

A MES MAITRES DES HÔPITAUX
ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

A MES MAITRES DE L'INSTITUT D'HYGIÈNE
DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

MM. LE PROFESSEUR GAYET
PROFESSEUR COLLET
PROFESSEUR COURMONT
PROFESSEUR VILLARD
PROFESSEUR AGRÉGÉ P. M. BONNET
DOCTEUR L. M. BONNET
PROFESSEUR AGRÉGÉ TRILLAT
DOCTEUR EPARVIER
PROFESSEUR AGRÉGÉ ROCHAIX
PROFESSEUR AGRÉGÉ RHENTER
PROFESSEUR AGRÉGÉ GARIN
DOCTEUR KOFFMAN
DOCTEUR ROCHET
DOCTEUR GAUCHERAND

A M. PHILIPPE GIRARDOT

A MES MAITRES DE L'INSTITUT FRANCO-CHINOIS

A MES MAITRES, *Naval Medical College, Tientsin*

LA SUPPURATION DES KYSTES DE L'OVAIRE AU COURS DE LA PUERPÉRALITÉ

Introduction et Généralités.

On connaît l'importance considérable des kystes de l'ovaire dont la fréquence, les modalités cliniques multiples, les complications nombreuses et redoutables mettent souvent à l'épreuve les cliniciens les mieux avertis et qui ont fait désigner cette affection: « la grande simulatrice ».

Aussi lorsque M. le Professeur Cotte nous a proposé d'étudier « les suppurations des kystes de l'ovaire au cours de la puerpéralité » nous avons accepté avec plaisir d'en faire le sujet de notre thèse.

La question présente de l'intérêt à divers titres. Cette complication mérite d'être connue bien qu'elle ne soit pas très fréquente. Nous avons néanmoins pu recueillir un certain nombre d'observations dans la littérature médicale. Nous tâcherons d'en dégager des notions étiologiques, pathologiques, une synthèse clinique et enfin discuterons la conduite à tenir dans les cas de cet ordre.

Nous limiterons notre étude à l'étude des suppurations des kystes dans le post partum et le post abortum.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Depuis le fameux *Traité des maladies des ovaires* de Spencer Wells, l'attention du monde médical tout entier a été attiré sur cette affection très curieuse qu'est le kyste de l'ovaire. Elle est complexe à cause des multiples formes sous lesquelles elle peut se présenter, à cause des complications dont quelques-unes sont redoutables qui viennent en modifier l'évolution, à cause des difficultés de diagnostic qu'elle peut poser. Chacun de ces points a fait l'objet de multiples travaux et le sujet particulier que nous abordons « Les suppurations des kystes de l'ovaire au cours de la puerpéralité » a été étudié par divers auteurs. Les observations n'en sont pas rares aujourd'hui. Si Gallez pouvait écrire en 1873 : « La suppuration des kystes dermoïdes est un fait exceptionnel », si Delbet en 1891 donnait la bibliographie de 55 cas, les observations sont devenues plus nombreuses depuis lors grâce aux laparatomies. De nombreux auteurs ont publié des observations depuis l'époque où Bouilly fit un rapport très

documenté (1896). En France nous citerons le mémoire du Professeur Commandeur (1898) ; la thèse de Goruschine (1908), inspirée par le Professeur agrégé Patel, l'étude de M. Michel de Nancy (1900), les thèses de Pints, Raimondé, Sgourdéos, Sergneff, Sage, Troin, Tardif qui apportent des documents divers. D'autres travaux étrangers méritent aussi d'être signalés, Wunderli (1900), Werth (1893), Thiriar Martin (1889), Mangold (1893), Kraling et Coë, etc.

L'observation récemment publiée par MM. Cotte et Trillat (1922) est particulièrement intéressante.

CHAPITRE II

Observations.

OBSERVATION I

Kyste dermoïde suppuré au cours de la puerpéralité

(Par MM. Cotte et Trillat de Lyon, in *Bulletin de la Société d'obstétrique et gynécologie de Paris*, n° 6 1922).

Femme X, 30 ans qui, quelques jours après un avortement à trois mois présente des signes d'infection avec collection pelvienne et chez laquelle l'intervention montre l'existence d'un kyste dermoïde suppuré. Chez cette malade une première grossesse à 24 ans avait évolué sans incident. Le kyste avait été inconnu à ce moment. Au début du mois de mars, cette année même, la malade était entrée à la clinique obstétricale pour une fausse couche qui se passa sans incident. Huit jours après la malade était rentrée chez elle, mais bientôt elle présenta des accidents infectieux avec pelvi-péritonite pour lesquels elle fut envoyée d'urgence à la clinique gynécologique. A l'examen on constatait l'existence d'une grosse collection. Colpotomie, drainage avec éponge qu'on enlève le sixième jour. La température à ce moment est revenue à la normale ; mais bientôt la fièvre rédevient élevée et présente de grandes oscillations. Nouvelle colpotomie (le 7 avril), suivie d'une baisse incomplète de la tem-

pérature bien qu'il se soit écoulé environ un demi-litre de pus. Les jours suivants on constate nettement l'existence d'une nouvelle collection. La température remonte à 39°. Dans ces conditions, sans attendre davantage, on fait une laparatomie pour enlever la poche. Le ventre ouvert on voit qu'il s'agit d'un volumineux kyste dermoïde gauche renfermant des poils et des duvets. Hystérectomie subtotale avec ablation des annexes gauches. Conservation de l'ovaire droit. Drainage par le col fendu en arrière. Fermeture de l'abdomen sans drainage. Suites simples. Guérison.

OBSERVATION II

Kyste dermoïde de l'ovaire ouvert par colpotomie.
(Ferrari, *Rev. obstet. et gynéc. d'Alger*, 21 févr. 1914. In *Arch. d'obstet.*, 1914.)

Il s'agit d'une femme accouchée spontanément un mois auparavant, et qui présenta des suites de couches fébriles, traitées par plusieurs curettages et des injections d'électroargol. A l'arrivée à l'hôpital, on constata une masse abdominale, très douloureuse bombant dans le Douglas. La colpotomie ramena du pus, avec des gouttelettes graisseuses et des poils, ne laissant aucun doute sur le diagnostic. Les suites opératoires furent régulières, mais la malade mourut peu après d'une tuberculose pulmonaire déjà avancée lors de son intervention. Il est à noter que ce kyste, malgré son volume, était resté inaperçu lors de l'accouchement.

Discussion. — M. Vincent se demande si M. Ferrari n'a pas ponctionné un kyste déjà éclaté lors de l'accouchement.

OBSERVATION III

(Lohlein, *Leitschrift f. proktische Aerzte*, 1896)

Femme 32 ans, accouchée le 22 avril 1895. Pendant les couches l'abdomen augmente de volume et la fièvre se déclare. Laparatomie le 24 juillet 1895. Péritoine pariétal épaissi, adhérent à la tumeur. Incision du kyste, 12 litres de

liquide floconneux, jaune verdâtre, adhérent fortement au colon.

Extirpation, sauf une petite partie de la paroi. Introduction d'un drain par l'angle inférieur de la plaie. Aussitôt après l'opération, le pouls descend de 144 à 106. La fièvre diminue aussi.

Température à 37°.

Dans le pus : *Bacterium coli*.

OBSERVATION IV

(Clinique Baudelocque, mai 1920)

Kyste multiloculaire de l'ovaire permettant un accouchement spontané. Après l'accouchement hémorrhagie intrakystique et sphacèle d'une des poches. Ovariectomie, neuf jours après accouchement. Mort.

M. J., primipare. Entrée à la clinique pour accoucher le 21 avril. Volume exagéré du ventre qui est étalé en ventre de batracien. On n'a pas fait le diagnostic de kyste ovarique, mais on s'oriente vers l'hydramnios avec possibilité de grossesse gémellaire.

Accouchement spontané le 3 mai.

Involution utérine normale, mais on fait le diagnostic de kyste de l'ovaire.

Le 11 mai. La femme souffre toute la nuit. Coliques. La tumeur est tendue, douloureuse à la palpation.

Le 12 mai, la température est à 38°4.

Le pouls à 120.

Opération. — Laparatomie. Ascite citrine, kyste très tendu avec une seule adhérence très lâche à la région ombilicale. Le kyste est multiloculaire. En le mobilisant on ouvre quelques poches à contenu mucoïde transparent. A la partie postérieure et supérieure, il y a une loge dont les parois sont violacées et apoplectiques. Cette loge rompue au cours des manœuvres d'extériorisation, contenait un pus mal lié. Le kyste plus mobilisable en bas est attaqué par là. On l'extirpe après section du pédicule. Il n'y a pas d'adhérences constituées, mais le paquet des anses intestinales sous jacents,

aplaties, paralysées, est rouge, dépoli, et couvert d'une membrane pyoïde. L'estomac est distendu, le colon ne l'est pas. L'utérus est normal.

Fermeture sans drainage.

Mort rapide.

Examen de la pièce. — Kyste pluriloculaire mucoïde transparent, pesant 6 kil. 750. Dans le mucus coagulé par les réactifs très colorable. On trouve des rares éléments cellulaires à noyau complet, homogène et avec protoplasme homogène, quelques vacuoles résidus de cellules en histolyse.

OBSERVATION V

(In thèse de Sgourdéos)

Kyste dermoïde de l'ovaire droit rompu dans le ventre pendant l'anesthésie. Mort.

B. M., 20 ans, entrée dans le service le 20 décembre 1897. A neuf ans, la malade a commencé à ressentir quelques douleurs dans la fosse iliaque droite, à dix-huit ans, les règles apparaissent, en même temps, les douleurs deviennent plus vives.

Au début de l'année elle devient enceinte et le 16 novembre elle accouchait. Les couches furent difficiles à cause de la tumeur. Elle nourrit son enfant, mais gênée et inquiète du volume acquis par la tumeur, elle entre à l'Hôtel-Dieu.

On trouve à l'examen une grosse tumeur occupant le flanc droit, mate à la percussion, rénitente à la palpation. Sonorité dans les flancs.

Le 17 janvier 1898, opération. Éthérisation.

En palpant la tumeur (M. Bérard), elle paraît s'affaïsser, disparaître ; on suppose une rupture spontanée.

Incision sous-ombilicale ; à l'incision du péritoine issue abondante d'un liquide puriforme, odorant. Manœuvres rapides d'extraction. Le liquide s'est répandu partout entre les anses intestinales jusqu'au diaphragme.

Le 23 janvier, mort.

Il est probable que l'infection du kyste s'est faite par le pyosalpinx et que des accidents péritoniques sont dus à l'action combinée de la torsion et de l'infection salpingienne.

OBSERVATION VI

(Barner, St-George's hospital reports vol. VIII, p. 75)

*Kyste dermoïde suppuré de l'ovaire. Ponction par le vagin.
Terminaison inconnue.*

Troisième accouchement empêché par une tumeur du volume d'une noix de coco.

Ponction par le vagin ; une pinte et demi de liquide crémeux, contenant quelques cheveux, amélioration, mais terminaison inconnue.

OBSERVATION VII (résumée)

(In thèse de Sgourdéos. Dr Mundé, New-York, *Obstetrical Society*, 1877)

Kyste dermoïde qui s'enflamme à la suite d'un accouchement. Il a provoqué par rupture une péritonite localisée. La malade reste au lit pendant cinq mois. A la fin du cinquième mois, le contenu du kyste et de la collection se fait jour par le vagin ; l'écoulement continue pendant un an.

OBSERVATION VIII

(Due à M. Jaboulay)

Kyste dermoïde suppuré de l'ovaire droit après un avortement de deux mois. Incision vaginale suivie de deux autres débridements par la même voie. Suppuration consécutive iliaque gauche d'origine intestinale probable (sigmoïdite). Guérison complète.

Mme G., âgée de 28 ans. Accouchement par le siège, en 1898, d'un enfant mort de gastro-entérite.

Depuis lors, la malade ne s'est jamais bien portée ; accusant des douleurs sourdes et constantes dans la partie inférieure de l'abdomen. A cette époque un chirurgien aurait constaté sur le côté droit de l'utérus une tuméfaction dont il ne précisa pas la nature.

La malade devint enceinte en juillet 1902 ; elle supporta bien le début de sa grossesse, mais au cinquième mois, elle se plaignit de douleurs dans le côté droit.

A ce moment, on put constater à droite de l'utérus, une tuméfaction du volume de deux poings ; l'utérus était déjà volumineux et un examen exact fut impossible. La malade continua très bien sa grossesse, elle accoucha normalement, le 27 avril 1903, d'une fille bien portante. Hémorragie de la délivrance assez inquiétante, par inertie utérine presque complète, délivrance artificielle ; on dut faire ensuite des lavages chauds iodés, des injections d'ergotine ; et l'hémorragie fut arrêtée seulement au bout de trois heures.

Les suites de l'accouchement furent simples. Pas d'hémorragie et pas de tempéreur ; la malade se levait au quinzisième jour.

Le 17 mai 1903, l'utérus reste gros, non douloureux : empatement persistant à droite, mal délimité, la malade ne souffre pas. Elle nourrit son enfant, les règles ne sont pas revenues.

Le 17 juillet 1903, la malade est prise de coliques assez violentes dans le bas-ventre ; elle a des pertes sanguines très abondantes, avec caillots, injections chaudes, l'hémorragie ne s'arrête pas.

Au toucher, le col est mou, ouvert, l'utérus gros ; on sent des débris placentaires. Température, 39°8, délivrance artificielle immédiate.

La masse placée à droite de l'utérus était toujours volumineuse, sensible.

La malade est assez bien pendant quelques jours ; des lavages intra-utérins ne firent pas tomber la température ; le 27 juillet, il apparaissait bien nettement que l'on se trouvait en face d'une collection pelvienne, bombant fortement dans le vagin ; la malade était faible ; elle avait un peu de réaction péritonéale ; l'intervention était indiscutable ; elle fut pratiquée par M. Jaboulay.

Incision du cul-de-sac vaginal postérieur ; incision de la poche ; il s'écoule plus d'un litre d'un liquide sébacé, purulent, fétide, faisant porter immédiatement le diagnostic de kyste dermoïde. En introduisant les doigts dans la poche, on retire des mèches de cheveux, qui confirment le diagnostic.

Au commencement du mois d'octobre 1903, la température remonte un peu, la malade souffre dans le flanc gauche; on perçoit à ce niveau une petite tuméfaction douloureuse, fixée profondément; les jours suivants, elle s'accroît, en même temps que s'élève la température, et vient faire saillie au-dessus de l'arcade de Fallope gauche.

Du côté vaginal, la suppuration est presque tarie; le ligament large droit est souple, le ligament large gauche est presque normal, la suppuration iliaque ne semble pas en rapport de continuité avec les organes génitaux.

Incision de cet abcès, au-dessus de l'arcade de Fallope, par voie sous-péritonéale; on évacue un demi-verre de pus bien lié, verdâtre, à odeur fécaloïde, analogue à du pus d'appendicite.

Le lendemain, le pus contient un peu de liquide intestinal; le fait ne s'est plus reproduit.

A partir de ce moment, l'état général alla en s'améliorant très rapidement; l'appétit redevient très vite normal.

Juillet 1904, état général toujours très bon, plus satisfaisant que jamais.

Au toucher, on sent un utérus de volume normal parfaitement en place; les cul-de-sacs sont souples; il est impossible de déceler le reste d'une affection péri-utérine. Les règles sont régulières. Dans le flanc gauche, l'S iliaque est distendu, adhérent à la paroi.

OBSERVATION IX

(Due à Heinrichus, *Annales de gynécologie*, 1897)

A. L., 26 ans, primipare, née à Helsingfors (Finlande), est entrée à la Maternité le 4 novembre 1895.

Histoire de la malade: Accouche le soir et, cinq minutes après, vient la délivrance. L'enfant naît vivant.

6 novembre: Fond de la matrice à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

7 novembre: utérus sensible, T. 38°.

8 novembre: T. 38°3 le matin, T. 38°5 le soir; le curetage donne quelques débris de caduque, injection intra-utérine.

10 novembre: T. 39°1 le matin, 39°8 le soir; injection de

sérum Mac Moreck. Utérus très augmenté de volume, de l'hypochondre aux côtes.

Du 10 au 15: la température oscille autour de 39°, tous les jours injection intra-utérine.

Cavité utérine: 10 centimètres.

Examen au palper: A travers la paroi abdominale, masse résistante très sensible s'étendant en haut presque aux côtes et vers le bas jusqu'à deux travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure, à l'extérieur jusqu'à une ligne abaissée des côtes. Dureté homogène.

Ponction: pus. Par conséquent, ce n'était pas l'utérus qu'on sentait, mais cette masse.

Laparotomie, le 15 novembre. Pus dans le péritoine, odeur fécaloïde; le kyste a le volume d'une tête de fœtus; il est relié à l'ovaire gauche par un pédicule. Rien à droite. Adhérences légères à la paroi abdominale. Extériorisation du kyste. Ligature, lavage Michuliz.

Guérison le 8 décembre.

Examen bactériologique des lochies des parois de l'exsudat péritonéal du contenu du kyste; on retrouve partout des cocci.

OBSERVATION X

(Due à M. Schwartz, *Annales de Gynécologie*, 1897)

Femme, 38 ans, entre le 2 février 1896.

Histoire de la maladie: Il y a quatre mois, accouchement long et laborieux, alitement pendant un mois avec fièvre, péritonite. Après la sédation, on s'aperçoit seulement de la présence de la tumeur actuelle du volume d'une grossesse de six mois.

Etat actuel: signes physiques: voussure médiane de l'abdomen, matité, rémission et fluctuation.

Toucher: Coll long, ouvert, par où s'écoulent des mucosités.

Cul-de-sacs effacés, l'antérieur bombe.

Rien du côté des urines. Pas de fièvre. Affaiblissement général. Douleurs lancinantes dans le bas-ventre. Diagnostic hésitant entre une pelvi-péritonite enkystée et une tumeur liquide des annexes. Ponction exploratrice. Pus.

Laparotomie, le 16 février. Poche qui a l'aspect d'un kyste de l'ovaire enflammé. Ponction: 1 litre de pus couleur vert pistache. Adhérences pariétales. Lavages de la poche. Enucleation de celle-ci. Michulicz.

Guérie le 18 mars, avec une fistulette.

OBSERVATION XI

(Due à Schwartz, *Annales de Gynécologie*, 1897)

Marie R., 34 ans, journalière, entre à la Charité, ayant eu son dernier accouchement le 14 juillet, après une bonne grossesse, mais son ventre était plus gros que lors des précédentes; après l'accouchement, il n'était pas revenu sur lui-même.

Histoire de la maladie: Le quatrième jour après l'accouchement, douleurs vives, fièvre, vomissements, on diagnostique une péritonite post-puerpérale pour laquelle elle est soignée pendant deux mois dans un service de médecine. Ponction: 2 litres de pus. On l'adresse en chirurgie avec le diagnostic de péritonite purulente.

Etat actuel: Femme amaigrie, visage terreux, plongée dans le demi coma, pouls 140, température entre 39°5 et 40. Ventre saillant en pointe. Sonorité sur les flancs qui ne se déplace pas. Matité partout ailleurs. Large eschare au Sacrum.

On fait le diagnostic de kyste ovarique suppuré.

Laparotomie: Kyste de l'ovaire suppuré, rompu sous la paroi, adhérent de toutes parts, sauf en avant, adhérence au péritoine pariétal. Légères adhérences intestinales molles. Extériorisation facile. Pédicule, non tordu, est lié. Lavage avec 10 litres d'eau bouillie chaude. Assèchement. Drains. Quelques jours après, pneumonie. Guérie le 25 septembre.

OBSERVATION XII

(Par Bouilly, *La Gynécologie*, june 1896)

Grossesse, accouchement à terme, kyste dermoïde suppuré, laparotomie, Guérison.

Mme X., 36 ans, trois grossesses antérieures et était redevenue enceinte en avril 1895; les premiers temps de cette grossesse se passèrent bien, mais dès novembre la malade fut

prise d'une crise abdominale très douloureuse, sans localisation précise, qui fut prise pour une colique néphritique. Cette crise se prolongea pendant quelques jours et laissa la malade dans un état de malaise assez prononcé. Elle accoucha à terme et facilement le 9 janvier 1896; ses suites de couches auraient été normales, sans complications, et la malade peut se lever vers la fin de janvier; mais, dès les premiers jours de février, sans cause apparente, sans douleurs en aucune région, la santé générale s'altéra; la malade perdit rapidement ses forces, fut prise d'un mouvement fébrile presque continu, perdit tout appétit, fut obligée de s'aliter de nouveau et arriva à un état de dénutrition si rapide et si prononcé qu'on pensa à une tuberculose aiguë.

Le docteur R..., qui n'était pas le médecin traitant, fut appelé et découvrit dans l'abdomen une tuméfaction, sur la nature de laquelle il me demanda mon avis. A ma visite, le 12 mars 1896, je trouvai une femme de teint jaunâtre, ayant une inappétence absolue et une faiblesse telle qu'elle pouvait à peine se mouvoir dans son lit; la température depuis plus d'un mois a oscillé entre 38°5, 39° et 39°5, avec des sueurs abondantes dès que la malade s'endort.

L'examen de la poitrine et des grands viscères est tout à fait négatif.

Le ventre n'est pas ballonné, ni douloureux; il est seulement un peu sensible à la région hypo-gastrique, où l'on trouve une tuméfaction profonde, remontant à un travers de main et demi environ au-dessous du pubis et se prolongeant surtout dans la fosse iliaque droite. Cette tuméfaction régulière est nettement enkystée et rénitente, vaguement fluctuante.

Par le toucher, on trouve l'utérus repoussé en avant, facile à délimiter, un peu augmenté de volume, et, derrière lui, séparée par un sillon très net, une tuméfaction faisant saillie dans le Douglas, déprimant le cul-de-sac postéro-latéral droit et se continuant manifestement avec la tumeur hypo-gastrique; par le toucher et le palper combinés il est facile d'apprécier que celle-ci est régulière, sans induration notable des tissus autour d'elle, parfaitement indépendant de l'utérus et fluctuante à travers une paroi épaisse, de la main hypo-gastrique au doigt vaginal. La consistance de la tuméfaction ne paraît

pas être partout égale, il y a plus de résistance où on a plus nettement la sensation de liquide. La pression est très peu douloureuse dans tous les points explorés.

Bien qu'il n'y ait rien eu de spécialement observé au moment de l'accouchement, ni pendant la grossesse et pour la bonne raison qu'il n'avait pas été pratiqué d'examen vaginal, je diagnostique d'emblée kyste de l'ovaire suppuré, et j'ajoutais kyste dermoïde de l'ovaire suppuré, en tenant compte de la situation, de la consistance, etc., de la tuméfaction. Je conseille une intervention aussi pratique que possible par la laparotomie.

La malade est amenée de suite à Paris et opérée le 16 mars. On trouve une tumeur d'apparence kystique située derrière l'utérus et se prolongeant dans le bassin; quelques anses intestinales et l'épiploon adhèrent nettement à sa partie supérieure. La tumeur ponctionnée par aspiration laisse écouler d'abord un liquide d'apparence grasseuse, sébacé, puis bientôt franchement purulent, verdâtre, dans la proportion d'environ un litre et demi; le trocart ramène des cheveux qui obstruent sa cavité. Il est une masse non réductible enclavée derrière l'utérus. La décortication se fait assez facilement et le kyste est pédiculé. Il s'agit d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit contenant un paquet de cheveux gros comme le poing et du pus infiltrant toute la masse. Le pus est situé et collecté à la partie inférieure de la poche au-dessus de la matière sébacée. L'ovaire gauche sain est laissé en place.

Suites opératoires extrêmement simples: la malade retourne dans son pays complètement guérie au bout de trois semaines.

OBSERVATION XIII

(Par Bouilly, *La Gynécologie*, 1896)

Grossesse, infection puerpérale, kyste de l'ovaire suppuré, laparotomie. Mort.

Une jeune femme de 26 ans, primipare, accouche dans les derniers jours d'avril 1894; après la délivrance, l'abdomen restant volumineux, le médecin croit à la présence d'un second fœtus et se met en mesure de l'extraire. Il introduit, à

plusieurs reprises, sa main dans l'utérus sans succès. Le docteur Budin, appelé en consultation, reconnaît qu'il n'y a plus rien dans l'utérus et que la malade est atteinte d'un kyste de l'ovaire qui a pu faire croire à un développement anormal de l'utérus. En même temps, il constate qu'il y a de l'infection; cette femme est malade, fébricitante, le ventre est très douloureux. M. Budin pense à la suppuration du kyste et conseille de me faire appeler.

Je vois la malade pour la première fois le 9 mai 1894.

L'état général est très mauvais; la température oscille constamment entre 38 et 39; il y a des vomissements presque une grossesse de 7 mois environ, très douloureuse à la pression. L'examen fait facilement reconnaître un grand kyste de l'ovaire entouré d'anses intestinales distendues. Il y a par l'utérus un écoulement lochial fétide. Je ne crois pas d'emblée à la suppuration du kyste; je pense plutôt qu'il s'agit d'infection d'origine utérine, et je prescris de faire des injections répétées vaginales et intra-utérines antiseptiques. Les jours suivants les accidents ne cèdent pas; sur mes indications, le médecin fait un curettage utérin qui ne ramène rien de caractéristique et à la suite duquel la fièvre, les vomissements, les douleurs restent les mêmes; en même temps le ventre augmente de plus en plus de volume à la fois par la distension liquide et par le ballonnement intestinal. Il n'y a de doute que c'est le kyste qui est la cause de ces accidents et je considère comme urgente l'ovariotomie que j'avais retardé jusqu'après la désinfection jugée nécessaire de la cavité utérine.

Laparotomie le 23 mai. Le kyste adhère de tous côtés à la paroi abdominale avec laquelle il est intimement confondu. Péritoine pariétal rouge, très vascularisé. La ponction avec le gros trocart donne issue à environ huit litres de sérosité franchement purulente et fétide. Pas une goutte de liquide ne s'écoule dans l'abdomen. Après l'évacuation la paroi kystique est péniblement détachée de ses adhérences pariétales qui sont généralisées et de ses adhérences intestinales et épiploïques qui sont nombreuses. Cependant, aucun accident ne se produit au cours des manœuvres. Le kyste a été amené au dehors, pédiculisé, lié à la soie et sectionné au thermo-cautère.

Suture de la paroi sans drainage,

Dès le soir de l'opération, état général mauvais et inquiétant. Respiration oppressée. Pouls presque incomptable entre 130 et 140 ; température monte à 40° et dans la nuit sans nouveaux accidents, sans aucun phénomène particulier la malade succombe.

Le kyste était un grand kyste uniloculaire sans végétation, ni poches secondaires. La face interne de la paroi est tapissée de pus, la poche contient une certaine quantité de liquide qui n'a pas été évacuée par la ponction et qui est formé par un pus plus épais, plus crémeux que celui qui a été évacué. Il semble que, dans la partie inférieure du kyste, les éléments figés et solides du pus se sont déposés comme au fond d'un vase.

OBSERVATION XIV

(Larrey. In thèse de Roy)

Femme de 33 ans. Trois grossesses. Quelques jours après sa troisième couche, elle ressentit dans la région iliaque gauche une douleur vive. Bientôt après une tumeur mobile du volume d'un œuf. Ces premiers accidents disparaissent, la malade reprend ses occupations et au bout de deux mois la tumeur qui avait augmenté fait naître de nouvelles poussées inflammatoires.

Traité par les sangsues, les topiques, la santé générale se rétablit, lorsque la tumeur fit naître un nouvel accès d'inflammation et s'ouvrit à travers la paroi abdominale sur la ligne blanche, un peu au-dessous de l'ombilic. Du pus sanieux, jaunâtre, fétide, s'écoule, puis est remplacé par une mèche de cheveux et enfin par un liquide urineux.

Larrey agrandit la fistule de trois centimètres ce qui lui permet de suivre la mèche de poils et d'arriver à une tumeur dure, pédiculée, mobile, qu'il détache ayant élargi l'ouverture du kyste où il était entré et prolongé son incision jusqu'au voisinage du pubis. M. Larrey découvrit une fistule vesico-abdominale qu'il agrandit et mit à nu un gros calcul qu'il saisit et retira sans difficulté.

La tumeur ressemble à une portion de cuir chevelu ratatiné, et les poils qui la surmontent ont une longueur de 12 à 13 centimètres. Par la base du calcul qui était tournée du côté du kyste, sortent des poils en assez grand nombre chargés de matières calcaires. Le pédicule pileux passait par l'ouverture de communication du kyste avec la vessie et venait s'implanter sur la tumeur fibreuse.

Les suites de l'opération furent heureuses et la malade guérit, malgré le développement d'une variole confluyente, vers le quinzième jour.

OBSERVATION XV

(Thiriar, *Presse médicale belge*, Bruxelles, 1887)

Kyste dermoïde bilatéral, suppuration du kyste de l'ovaire droit. Laparotomie. Guérison. Cause d'infection probable, accouchement.

Femme 21 ans, deux enfants. Depuis son premier accouchement, elle éprouve de la gastralgie, de l'inappétence, des vomissements.

Elle accoucha la deuxième fois, le 26 février 1885 ; tout s'est passé régulièrement. Depuis lors la malade reste faible, se plaignant continuellement de l'estomac. Peu de temps après, elle ressentit des douleurs lancinantes dans le ventre, quelquefois assez vives pour provoquer des syncopes et la forçant à s'aliter.

Au mois d'août 1885 à partir de ce moment, la fièvre vespérale, les sueurs nocturnes, les vomissements. Les douleurs deviennent très vives et localisées au côté droit de l'abdomen.

Le 11 février 1886, opération. Incision sur la ligne médiane permettant de constater l'existence de deux tumeurs dépendant de deux ovaires. La tumeur du côté droit ponctionnée donne issue à un liquide purulent avec des cheveux et des poils. Le deuxième kyste est ensuite enlevé.

Le 20 février la guérison est obtenue.

La malade se lève et peut marcher dans la chambre.

OBSERVATION XVI

(Herbinaux. Traité sur divers accouchements)

Ouverture du kyste dermoïde suppuré dans le vagin. Guérison.

Femme, 26 ans. Premier accouchement terminé par craniotomie. Pendant neuf mois après, elle reste au lit, ayant l'abdomen énormément enflé avec une tumeur hypo-gastrique dure et des douleurs continuelles.

La tumeur était grosse comme la tête d'un enfant de deux ans et située dans la fosse iliaque gauche.

L'utérus était repoussé de telle sorte que le col était au-dessus de la symphyse. Ouverture spontanée dans le vagin. Pus et mèches de cheveux. A plusieurs reprises on extrait avec une pince des cheveux et des masses de tissu cellulaire. Enfin, l'écoulement s'arrête, la tumeur disparaît, l'orifice se ferme. Un an après grossesse et accouchement normal.

OBSERVATION XVII

(Malade de la clinique gynécologique du Professeur Pollosson, Lyon, 1912)

Kyste de l'ovaire droit suppuré à la suite d'un accouchement, utérus fibromateux, ablation de la trompe droite, conservation de la trompe gauche. Hystérectomie subtotale.

F., 34 ans, kyste gros comme deux poings, rempli de pus d'allure franc, remplissant le Douglas, libre dans toute son étendue, sauf à gauche, où il y a fusion de la tumeur, d'une bande épiploïque et du péritoine pariétal, à la hauteur de la région inguinale. Les trompes étaient saines. On enlève, par subtotale, l'utérus fibromateux (un noyau gros comme une noix et d'aspect feuille morte), on recouvre la surface d'adhérences déperitonisées avec le colon pelvien.

OBSERVATION XVIII

(Barnier. St George's Hospital reports, vol. VIII, p. 76)

Kyste dermoïde suppuré. Suppuration par voie utérine. Pas de traitement. Mort cinq mois et demi après la délivrance.

Aucun symptôme avant l'accouchement, peu de jours après l'accouchement frissons et douleurs dans l'abdomen, mais fluctuante derrière l'utérus et symptômes fébriles. Écoulement de pus par le rectum. Pas de traitement local. Mort cinq mois et demi après la délivrance.

L'autopsie montre une ancienne para et péri-métrite avec un abcès dans le poumon. La tumeur rétro-utérine était un kyste dermoïde du volume d'une balle de criquet, contenant des cheveux et du pus.

OBSERVATION XIX

(Barner, St George's Hospital, reports, vol. VIII)

Ouverture dans le vagin d'un kyste dermoïde, suppuré.

Peu après sa délivrance, un abcès se forme et s'ouvre dans le vagin, derrière l'utérus; l'écoulement persiste; cinq semaines plus tard, la tumeur avait le volume d'une orange. L'ouverture est agrandie à admettre la pointe du doigt; les cheveux et les dents furent extraits avec un petit crochet. Injection d'iode dans la cavité. Plus tard, les cheveux sortent avec du pus. Trois ans après, l'écoulement continuait encore, mais le kyste retraits mesurait seulement un pouce de long.

OBSERVATION XX

Leroy des Barres, février 1894.

(Féraud, *Thèse de Bordeaux*, 1897)

Femme de 29 ans accouchant pour la quatrième fois le 31 juillet 1892, aussi facilement que lors de ses trois accouchements précédents et chez laquelle se montrèrent, pendant les suites de couches, des accidents de septicémie puerpérale à forme prolongée.

Emaciation extrême, contrastant avec le développement énorme du ventre, dont la circonférence, immédiatement au-dessous de l'ombilic, mesure 103 centimètres.

Tous les signes propres aux collections liquides enkystées.

Dans les circonstances où cette poche s'est fermée avec une si grande rapidité, diagnostic du kyste de l'ovaire probablement suppuré.

La ponction donne issue à 6 litres d'un liquide purulent à odeur putride.

Rémission des accidents; puis, quelques jours après, la température monte à 38°7 le matin; le taux de l'urée diminue; l'état général devient plus mauvais.

Une intervention est décidée. Laparotomie, adhérences nombreuses avec l'intestin et la cavité pelvienne; le kyste uniloculaire, qui contenait 4 litres de pus, est extrait en totalité. Il avait son point d'attache sur l'ovaire gauche; son pédicule grêle et non tordu fut, après ligature à la soie, abandonné dans la cavité abdominale.

Vingt-cinq jours après, guérison complète.

OBSERVATION XXI

(Charles Rernard, *Thèse de Paris*, 1920)

Kyste dermoïde ponctionné au cours du travail. Infection grave après un accouchement spontané.

Mme L. Y..., 21 ans, institutrice, ayant été réglée à 11 ans, toujours régulièrement, présente comme antécédents pathologiques, la rougeole et la varicelle pendant son enfance. Elle a été traitée pour chloro-anémie et bronchite à l'âge de 18 ans. Primipare.

Gestation actuelle: D. R. 28 à 30 juillet 1899.

Pendant les premiers jours d'octobre, au cours d'une forte grippe, cette femme a eu quelques contractions douloureuses qui ont fait craindre un avortement.

Elle a eu, le mois dernier, des vomissements bilieux qui ont duré huit jours et, depuis trois mois, des selles sanguinolentes.

Le 15 mai 1900, elle arrive à la clinique. On trouve, au toucher, une tumeur qui occupe presque tout le vagin, plus

grosse à droite qu'à gauche, et repousse le col en haut, derrière la symphyse. La femme a des contractions utérines douloureuses. Il se forme une poche des eaux, qui se rompt spontanément, donnant issue à un liquide teinté de méconium. On trouve une présentation du siège. La dilatation est de un franc.

Intervention. On se décide à faire une ponction de la tumeur par la voie vaginale. On retire des cheveux et de la matière sébacée. On complète la ponction par une incision du cul-de-sac postérieur; il s'écoule de la matière sébacée en grande quantité. La dilatation se complète peu à peu. Accouchement spontané d'un enfant vivant pesant 3.530 grammes.

Suites opératoires: Bonnes d'abord, mais le 18 juin, la femme, qui souffrait depuis quelques jours, constate l'irruption par l'ombilic du pus, extrêmement fétide, en très grande quantité.

L'état général est très grave pendant plusieurs jours, la malade est dans un état de collapsus très grave, 35°3, mais elle s'améliore cependant lorsque, le 24 juin, elle commence une phlébite.

Elle guérit finalement.

OBSERVATION XXII

(In Thèse Bossard)

Suppuration du kyste après l'accouchement. Ovariectomie. Mort.

Mélanie F., 48 ans, entre dans le service le 15 février 1894; sept grossesses; la septième grossesse en 1893; l'accouchement a eu lieu en janvier, il y a 40 jours.

Avant le début de cette dernière grossesse s'étaient manifestés des symptômes de tumeur abdominale: augmentation de volume du ventre, douleur et pesanteur sous-ombilicale, troubles digestifs légers.

Sous l'influence de la grossesse survenue dans la suite, des phénomènes douloureux sont venus; des signes de compression apparaissent. A la fin de la grossesse, la tumeur ayant évolué parallèlement à l'utérus, la situation est devenue diffi-

cilement tolérable; la malade paraît à peine respirer; l'accouchement qui a pu se faire non sans peine, a procuré un grand soulagement; les suites furent à peu près normales.

Depuis l'accouchement, la tumeur s'est accrue; trois semaines après, les symptômes généraux et locaux indiquent une complication nouvelle: accès de fièvre, douleurs très vives, céphalalgie, vomissements; le kyste, selon toute probabilité, est devenu purulent. C'est dans cet état que la malade est arrivée dans le service de M. le Professeur Jeannel. Sous l'influence de repos, de purgatifs répétés, une amélioration de l'état général se manifeste. L'intervention est alors décidée.

Opération: Paroi du kyste adhérente au péritoine, décollement; ponction avec un gros trocart; liquide noirâtre, visqueux, fétide, odeur de sphacèle. Dans le fond du kyste des flots purulents; en tout, 10 à 15 litres de liquide; lavage à l'eau bouillie, puis sublimé, puis eau bouillie encore; décollement de la paroi adhérente à l'intestin. On arrive, avec beaucoup de peine, à isoler la tumeur, ligature du pédicule, toilette du péritoine, vaste drainage à la gaze iodoformée, suture de la paroi à trois plans. Durée de la chloroformisation: deux heures.

Le lendemain, état satisfaisant; température 36°5.

Le soir, affaissement et douleurs abdominales.

Le troisième jour, à la visite, prostration, refroidissement, faciès péritonéal; mort. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XXIII

(E. Pothérat, *Arch. de Tocologie*, 1893)

*Torsion du pédicule après l'accouchement. Inflammation.
Tendance à la suppuration.*

Le 13 octobre 1891 entre, dans le service de M. le Professeur Segond, une femme de 34 ans, accouché 20 jours auparavant.

L'accouchement n'a présenté rien de particulier, et les suites de couches paraissaient être des plus simples; mais, au bout de quelques jours, surviennent des douleurs abdominales; en même temps s'allumait une fièvre assez vive qui

ne fit que s'accroître. Quelques frissons et vomissements vinrent aggraver l'état général et la malade fut transportée à la maison de santé comme atteinte de septicémie puerpérale.

A l'examen, femme maigre, yeux caves, nez pincé, langue saburrale, faciès manifestement abdominal, vomissements rares, mais pouls fréquent et température élevée. L'examen superficiel s'accordait bien avec cette idée, pas d'écoulement vaginal, aucune odeur, cul-de-sac souple.

Cependant, on était tout de suite frappé du volume considérable du ventre. Interrogée, la malade affirme que l'abdomen n'a pris ce volume qu'après l'accouchement. On pouvait songer à une péritonite; pourtant, le développement était saillant en avant, en pointe; c'était l'aspect d'un kyste de l'ovaire dans le décubitus dorsal.

La palpation et la percussion confirmant cette opinion, on porte le diagnostic du kyste de l'ovaire. Les frissons, les grandes oscillations, les vomissements, la prostration attestaient des phénomènes inflammatoires dans le kyste; la suppuration allait se faire; il était indiqué d'opérer rapidement.

Le 31 octobre, j'opère la malade; je trouve sur un kyste complètement adhérent à la paroi antérieure; je décolle de proche en proche, puis je ponctionne; il s'écoule un liquide épais, visqueux, noirâtre, contenant du sang en assez grande abondance. Le kyste adhérait dans toute sa périphérie; travail lent et méticuleux de décortication pour séparer le kyste de l'intestin et de l'épiploon. On arrive sur le pédicule qui était tordu; toilette minutieuse du péritoine.

La malade se rétablit rapidement et quitta le service environ un mois après l'opération.

Au cours de la convalescence, elle se rappela que, deux ans auparavant, elle avait consulté un chirurgien, qui avait diagnostiqué un kyste de l'ovaire et lui avait donné le conseil de ne pas se faire opérer.

OBSERVATION XXIV

(In Thèse de Dujardin, 1896)

Syczotkine, Ovariectomie pendant les suites de couches.

Femme de 30 ans, atteinte de tumeur fluctuante du ventre, deux fois ponctionnée auparavant. Elle nourrit son enfant. Fièvre chaque soir; ponction; liquide purulent, vomissements, cachexie. Laparotomie.

Le kyste ouvert donne issue à 1200 grammes de pus. Colapsus sous le chloroforme.

À l'autopsie, kyste uniloculaire de l'ovaire droit adhérent à la paroi abdominale depuis l'appendice xyphoïde jusqu'à la symphyse. L'adhérence était si fixe qu'on ne peut séparer la paroi du kyste de celle du ventre qu'à l'aide du couteau. Pédicule mince et long.

OBSERVATION XXV

(Pothérat, *France médicale*, le 25 mai 1892)

Kyste de l'ovaire et grossesse. Ovariectomie pendant les suites de couches.

Femme de trente-six ans, accouchée depuis 20 jours. L'accouchement n'avait présenté rien de particulier et les suites paraissaient être des plus simples: elles se montrèrent telles tout d'abord; mais au bout de quelques jours survinrent des douleurs abdominales et de la fièvre qui ne fit que s'accroître.

Quelques frissons, des vomissements, vinrent aggraver l'état général et la malade fut considérée d'abord comme atteinte de septicémie puerpérale.

Mais l'examen local permettait de constater qu'il n'y avait pas ou peu d'écoulement vaginal, aucune odeur désagréable, et le toucher faisait constater le bon état de l'utérus, revenu sur lui-même, mobile; les cul-de-sacs étaient absolument simples.

Cependant, on était frappé par le volume considérable du ventre comparable à celui d'une femme arrivée à la fin de la

grossesse. Cette augmentation de volume s'accompagnait de sonorité dans les parties supérieures et de matité absolue dans la partie inférieure. On pouvait donc soupçonner à l'existence d'une péritonite; mais le développement était saillant en avant, en pointe et les flancs y participaient peu. C'est l'idée d'un kyste de l'ovaire qui vint de suite et de kyste suppuré, à cause des phénomènes réactionnels.

Sept jours après l'entrée de la malade à l'hôpital, soit 27 jours après l'accouchement, on fait la laparotomie; décollement avec la main, puis ponction et décortication difficile à cause des adhérences; ligature du pédicule; extraction du kyste; lavage du péritoine; suture de la paroi abdominale et drainage de Mickulicz.

Guérison.

Sous l'influence de l'accouchement, il s'était produit une torsion du pédicule, qui avait provoqué une hémorrhagie dans le kyste, puis des phénomènes inflammatoires (adhérences et tendance à la suppuration).

OBSERVATION XXVI

(Le Roy des Barres, Académie de Médecine, 20 février 1896)

Ovariectomie dans l'état puerpéral.

Femme de 27 ans, accouchée deux mois auparavant, et ayant eu une série d'accidents infectieux: péritonite subaiguë, pleurésie, et enfin phlégmatisa albadolens. En outre, l'abdomen était le siège d'une tumeur volumineuse.

L'auteur diagnostiqua l'existence d'un kyste suppuré de l'ovaire et pratiqua l'ovariectomie.

L'opération permit d'extraire une poche purulente contenant environ 4 litres de pus. Immédiatement après cette opération, les accidents s'amendèrent.

L'opérée quitta l'hôpital complètement guérie.

OBSERVATION XXVII

(Serguéeff, in Thèse de Montpellier, 1903)

Kyste de l'ovaire suppuré. Laparotomie. Chute du pus dans le péritoine. Guérison rapide et complète.

N. A... entre à l'hôpital pour une tumeur de l'abdomen, 15 juillet 1902.

Antécédents héréditaires: rien de particulier.

Antécédents personnels: pas de maladie antérieure; femme robuste antérieurement. Réglée à 19 ans, durée ordinaire des règles: deux jours. Règles peu abondantes, sans douleur, avec douleurs abdominales. Pas de leucorrhée antérieure, pas de fausse couche. Il y a deux mois, elle accoucha d'une fillette; la grossesse fut très bonne et la malade ne s'était pas aperçue auparavant de la moindre tumeur abdominale. Elle accouche à terme; l'accouchement fut normal. Elle resta cinq jours au lit, se leva le sixième, resta levée deux jours, puis se recoucha; elle perdit en rouge trois à quatre jours. Vers le huitième jour, une infection se déclare avec 40° et 41°. Depuis lors, elle est restée au lit. Après ses couches, la malade s'aperçut que son ventre restait gros; depuis il paraît ne pas avoir grossi davantage. Elle souffre de temps en temps du ventre, jamais violemment.

Les règles sont revenues trois semaines après (retour de couches) et ont duré deux jours, assez fortes. Depuis lors, elle ne perd ni en blanc, ni en rouge.

La malade a fort maigri, n'est pas affaiblie et a tous les jours des frissons et de la fièvre. Elle a de la diarrhée fréquemment.

Etat actuel: Femme amaigrie, pâle, faible, cœur normal. Pouls 130, petit, mou. Température 38°8. Ne tousse pas. Urines peu abondantes, miction indolore. Appétit mauvais. Elle a la diarrhée, deux à trois selles par jour.

Examen: Kyste ovarique, fluctuant, médian, dépassant l'ombilic de deux travers de doigt. Ascite légère. On sent par dépression brusque la poche liquide.

Au toucher vaginal, utérus encore un peu volumineux.

Le 26 juillet, opération, anesthésie à l'éther.

Laparotomie médiane. On tombe sur un kyste de l'ovaire assez volumineux. Ascite légère. On ponctionne au trocart, après protection de l'abdomen par des compresses. Il s'écoule un pus abondant (2 litres), blanchâtre, bien lié, sans odeur. Le pus fuse sur les côtés du trocart, envahit le champ opératoire de l'abdomen; on s'efforce d'enlever la poche; celle-ci, friable, épaisse, se déchire facilement. Ligature du pédicule. Ablation complète de la poche, dont quelques points adhèrent à l'intestin et surtout à l'épiploon. On touche le moignon au thermocaustère. L'utérus et les annexes sont sains. Grands lavages de l'abdomen à l'eau salée (15 litres), suture, drainage avec un tube, pansement.

27 juillet: La malade va mal.

28: Le pouls est petit, faciès grippé, langue sèche, bouche fuligineuse, vomissements fréquents. On fait une injection de sérum (1 litre) et de la strychnine.

29: La malade a eu un lavement purgatif et a rendu des matières. Elle a fait des gaz. Le ventre est météorisé.

Injection intra-veineuse de sérum.

30: La malade va mieux. Le faciès est meilleur. Elle se sent plus forte. La température est tombée. Pouls 108, assez fort.

5 août: Pansement quotidien. Drainage avec un tube. Ecoulement abondant. Lavage à l'eau salée carbonatée. Etat général très amélioré. Urines beaucoup plus abondantes (1 litre).

18: La malade est hors de danger, mange bien et va à la selle tous les jours. Le ventre n'est plus volumineux, le péritoine est fermé, le faciès bon et engraisé.

1^{er} septembre: L'opérée quitte l'hôpital complètement guérie, en excellent état.

OBSERVATION XXVIII (résumées)

(Trion, in Thèse de Montpellier, 1902)

Suppuration des kystes de l'ovaire consécutivement à l'accouchement (D^r Schwartz).

Marie R..., âgée de 34 ans, entre à l'hôpital le 13 juillet 1901. Huitième accouchement le 4 juillet, après une bonne grossesse, bien qu'elle ait remarqué que son ventre,

plus gros qu'à l'ordinaire, n'avait pas recouvré son volume normal.

Quatre jours après l'accouchement, douleurs vives, frissons, fièvre. A son entrée, la malade est dans un état très mauvais. Diagnostic très incertain, avec présomption en faveur d'un kyste suppuré plutôt que d'une péritonite. L'incision fait reconnaître en effet qu'il s'agit d'un kyste adhérent sur toute sa face. La malade, opérée le 7 septembre, peut être considérée hors de danger le 25 septembre.

Le docteur Schwartz ajoute: « C'est là, certes, un des cas les plus graves qu'il m'ait été donné d'opérer avec succès, et j'avoue que, d'avance, je croyais la partie perdue. »

OBSERVATION XXIX (résumée)

(Trion, in Thèse de Montpellier, 1902)

Suppuration des kystes de l'ovaire consécutivement à l'accouchement (Dr Schwartz).

Il s'agit d'une femme de 38 ans, qui remarqua une tumeur du ventre survenue sitôt après son accouchement, dont les suites furent longues et marquées de signes évidents de péritonite. Diagnostic incertain. Une ponction avec la seringue de Pravaz laissa sourdre du pus et décida de l'intervention.

Laparotomie. On découvre un kyste de l'ovaire enflammé, d'où l'on retire plus de 2 litres de pus. Nombreuses adhérences, hémorragie en nappe. La malade guérie quitte l'hôpital un mois après l'intervention.

OBSERVATION XXX

(Abrégée, Pothérat)

Ovariectomie dans la puerpéralité.

Femme X..., 34 ans, a accouché en octobre 1891, son accouchement n'a présenté aucune particularité. Les suites des couches marchaient normalement, lorsque trois semaines après environ, survinrent des douleurs abdominales avec fièvre, vomissements, ventre volumineux, ayant grossi depuis quelques jours seulement.

Le diagnostic un peu hésitant, cependant la saillie de l'abdomen en pointe fit pencher pour un kyste. La palpation et la percussion confirment assez cette opinion.

Les frissons, les grandes oscillations de température, les vomissements, la prostration, attestaient que des phénomènes inflammatoires se passaient au niveau de la tumeur.

L'incision du ventre découvre un kyste volumineux adhérent par toute sa surface. La ponction laisse écouler un liquide épais, visqueux, contenant une grande quantité de sang. Décortication de la poche, ligature du pédicule. La malade est complètement remise en quelques jours.

Que s'était-il passé? Au moment de l'accouchement, sous l'influence des pressions de la paroi abdominale et la diminution du volume de l'utérus, le kyste avait subi une torsion, qu'au cours de l'opération on a pu constater. Cette torsion avait provoqué une hémorragie dans le kyste. Les phénomènes inflammatoires avaient éclaté, qui avaient provoqué au dehors des adhérences, au dedans des tendances à une suppuration qui serait survenue sans doute si l'on n'avait opéré.

OBSERVATION XXXI

E. Herman *Trans. of the Obst. Soc. of London for 1885*, p. 264.

(Delbet, *Suppuration des pélvienne chez la femme*, 1891).

Femme 34 ans, entre à London Hospital le 25 août 1881. Réglée à 14 ans, mariée à 22 ans, 5 enfants. Le dernier en janvier 1880, forceps, enfant mort-né, six semaines au lit. A part quelques exceptions, elle a été bien portante jusqu'à il y a trois semaines avant son admission. Elle fut alors, après un petit effort, prise de violentes douleurs dans l'abdomen. Faiblesse, collapsus. Plus tard, symptômes fébriles. Elle prend le lit pour une semaine.

Quand elle se lève, les mêmes symptômes reparaissent ; elle est obligée de se remettre au lit. Tumeur arrondie, sortant du bassin et s'élevant à mi-chemin entre le pubis et l'ombilic. Transversalement, elle s'étend d'une iliaque à l'autre. Toucher vaginal : Le bassin est rempli par la tumeur. L'utérus est en avant et très élevé. La tumeur s'étend jusqu'à

trois pouces de la vulve. On ne peut sentir de fluctuation. 30 et 31 août, quelques caillots sortent par le rectum. 6 septembre. Un flot de pus sort par le vagin. On constate une ouverture dans la paroi postérieure du vagin. Le tube en caoutchouc. Le 16 septembre, écoulement purulent abondant. Le 24, le tube à drainage est changé. Le 30 on trouve dans le vagin, cheveux, dents et os. 1^{er} octobre, l'orifice est agrandi. Le 10, on enlève les tubes. Le 22, la malade se lève. Le 27, l'orifice est toujours ouvert et la sonde pénètre à 1 pouce 1/2. La malade a été revue en novembre 1883, complètement guérie, l'orifice cicatrisé. On sent seulement une petite tumeur comme une petite prune.

CHAPITRE III

Analyse des Observations.

Il nous faut dans un bref résumé rappeler l'intérêt de chacune des observations que nous avons pu colliger dans la littérature médicale afin de pouvoir, dans d'autres chapitres, aborder l'étude détaillée de cette complication.

Dans l'observation I il s'agit d'un kyste dermoïde qui a suppuré après un avortement. On ne peut faire le diagnostic, on trouve simplement une tumeur pelvienne qui bombe dans le vagin et l'on fait une colpotomie d'urgence. Drainage. Récidive. On fait une laparatomie pour enlever la poche. On voit qu'il s'agit d'un kyste dermoïde suppuré. Hysterectomie subtotale. Guérison.

L'observation II ressemble à la précédente. C'est un kyste dermoïde qui a suppuré dans le *post partum* et on ne fit le diagnostic qu'à l'intervention. Colpotomie. Mort de tuberculose pulmonaire concomittante.

L'observation III montre que la suppuration du kyste s'est manifestée dans les suites de couches par une aug-

mentation de volume et de la fièvre. On pratique l'ovariotomie. On note des adhérences fortes. Le pus jaune-verdâtre contient du Bactérium Coli. Guérison.

L'observation IV montre que le diagnostic de kyste mucoïde n'a été fait qu'après l'accouchement.

L'infection du kyste s'est manifestée dans les huit jours qui ont suivi l'accouchement par des douleurs abdominales et de la tension de la tumeur.

L'ovariotomie met en évidence un kyste multiloculaire dont une loge contient un pus mal lié et dont les parois sont violacées, apoplectiques. Mort.

Dans l'observation V il s'agit de kyste dermoïde qui semble avoir débuté vers l'âge de 9 ans et qui gêne l'accouchement. L'augmentation du volume de la tumeur pendant les suites de couches inquiète la malade et la décide à se faire opérer. Sous anesthésie, il se fit une rupture spontanée et à l'opération on constate un liquide puriforme. Il est probable que l'infection du kyste s'est faite par le pyosalpinx. Mort.

Dans l'observation VI il s'agit d'un kyste dermoïde suppuré. On fait une ponction par le vagin et on retire du pus. Terminaison inconnue.

Dans l'observation VII, le kyste de l'ovaire a suppuré après l'accouchement. Une rupture au milieu d'adhérences a déterminé une péritonite localisée au bout de 5 mois, l'ouverture spontanée se fait par le vagin et la suppuration dure un an. Guérison.

Dans l'observation VIII, il s'agit d'un kyste dermoïde suppuré *post abortum*. L'incision de la poche par voie vaginale fit faire le diagnostic exact car on vit s'écouler un pus fétide et l'introduction des doigts dans la poche

permet de retirer des mèches de cheveux. Il se fit ultérieurement une suppuration de voisinage (sigmoïdite). Guérison.

Dans l'observation IX, il s'agit d'un kyste dermoïde qui a suppuré après l'accouchement. La ponction retire du pus. Le kyste est enlevé. Il contient du pus ainsi que le péritoine dont le pus a une odeur fécaloïde. Examen bactériologique : cocci. Guérison.

Dans l'observation X, le diagnostic a été hésitant entre une pelvi-péritonite enkystée et une tumeur liquide des annexes. La ponction exploratrice retire un liquide vert pistache. On fait l'énucléation de la poche. Guérison.

Dans l'observation XI, le début se manifeste 4 jours après l'accouchement par des phénomènes péritonéaux. On fait le diagnostic de péritonite. On trouve un kyste que l'on enlève et la malade guérit.

Dans l'observation XII, déjà pendant la grossesse, la malade avait présenté des crises douloureuses qu'on avait cru être des coliques néphrétiques. Vingt jours après l'accouchement la malade présente rapidement un état cachectique avec perte des forces et fièvre continue qui simule une tuberculose aiguë. Bouilly fit le diagnostic de kyste dermoïde suppuré et le diagnostic fut vérifié par l'intervention. Guérison.

Dans l'observation XIII, on constate un kyste mucoïde après l'accouchement et quelques jours après la malade est fébricitante et l'abdomen est douloureux. Bouilly fait le diagnostic de kyste de l'ovaire suppuré. Ponction. Le pus est crémeux. Ablation du kyste. Les détails de technique sont intéressants. Mort.

L'observation XIV montre un kyste dermoïde suppuré

qui s'ouvrit à la paroi abdominale sous l'ombilic. Le pus d'abord sanieux, fétide, devint bientôt urinaire. Il s'agissait d'une fistule vesico-abdominale. Guérison.

Dans l'observation XV, on trouve un kyste bilatéral avec suppuration du kyste droit depuis l'accouchement. Ablation de deux kystes. Guérison.

Dans l'observation XVI, après un accouchement difficile (craniotomie), la malade fut immobilisée au lit par une tumeur qui s'ouvrit spontanément dans le vagin au neuvième mois. Guérison, puis grossesse normale.

Dans l'observation XVII, il s'agit d'un kyste dermoïde suppuré coexistant avec un utérus fibromateux. Hystérectomie subtotale. Guérison.

Dans l'observation XVIII, il s'agit d'un kyste dermoïde suppuré. Les symptômes de suppuration se sont manifestés peu après l'accouchement. Ouverture dans le rectum. Mort. A l'autopsie on trouve, outre le kyste dermoïde, une ancienne péri-métrite et un abcès du poumon.

Dans l'observation XIX, le kyste dermoïde suppuré s'ouvre dans le vagin. Fistulisation.

L'observation XX révèle un état de septicémie puerpérale consécutif à un accouchement et coexistant avec un kyste de l'ovaire volumineux. Intervention. Pus épais, putride. Guérison.

L'observation XXI montre un kyste dermoïde ponctionné au cours du travail et qui a suppuré ensuite. Ouverture à l'ombilic. Phlébite. Guérison spontanée.

L'observation XXII montre une tumeur diagnostiquée pendant la grossesse, mais depuis l'accouchement elle s'est accrue et des symptômes infectieux sont apparus.

Opération, kyste de l'ovaire à liquide fétide sphacélique. Mort.

Dans l'observation XXIII, ont est frappé par l'accroissement subit du volume de l'abdomen après l'accouchement et par les phénomènes douloureux. Il s'agit de torsion et suppuration concomittante. Opération. Liquide noirâtre contenant du sang en assez grande abondance. Guérison.

L'observation XXIV, montre un kyste mucoïde de l'ovaire suppuré avec symptômes péritonéaux. Mort pendant l'intervention.

L'observation XXV montre un état de septicémie puerpérale : frissons, vomissements, après un accouchement.

Cependant l'examen local des voies génitales faisait constater un bon état de l'utérus et le volume de l'abdomen était celui d'une femme enceinte au voisinage de l'accouchement. On éliminait la péritonite, bien qu'elle en eut les symptômes généraux. Il s'agissait d'un kyste suppuré.

Intervention. On constate une torsion du pédicule produite vraisemblablement sous l'influence de l'accouchement, ce qui avait provoqué une hémorragie intra-kystique, puis des phénomènes inflammatoires. Guérison.

L'observation XXVI montre des phénomènes d'infection puerpérale chez une accouchée, et on diagnostique ultérieurement un kyste suppuré.

Ovariectomie. On extrait 4 litres de pus. Guérison.

Dans l'observation XXVII, huit jours après l'accouchement, une infection se déclare et l'abdomen de la malade reste gros et grossit. Elle souffre de l'abdomen ; l'état général s'altère. On trouve un kyste à développement abdominal volumineux. Ponction, ablation de la poche kystique

suppurée. Détails de technique intéressants. L'utérus et les annexes sont sains. Guérison.

Dans l'observation XXVIII, quatre jours après l'accouchement, on voit se développer des symptômes de péritonite. L'incision fait connaître qu'il s'agit d'un kyste suppuré. Guérison.

L'observation XXIX est analogue. De même, l'observation XXX.

Dans l'observation XXXI, l'accouchement avait été pratiqué au forceps. Trois semaines après, un petit effort fit apparaître des troubles abdominaux et une collection purulente s'ouvrit ultérieurement dans le vagin.

CHAPITRE IV

Etiologie et Pathogénie.

On peut se demander avec raison quel est le mécanisme de production de ces suppurations intra-kystiques. On sait que cette complication n'est pas rare, même en dehors de la puerpéralité, et l'on a décrit des suppurations de kystes au cours d'appendicites, d'annexites, etc.

L'attention se porte en premier lieu sur le canal génital, si l'on se trouve en présence d'une infection intra-utérine; si l'on trouve des micro-organismes dans les lochies, on peut bien admettre que c'est là le point de départ de l'infection.

Ces diverses catégories de faits permettent de croire que la pathogénie de ces suppurations n'est pas univoque.

En dehors des cas observés de suppuration des kystes après la ponction, il faut admettre que l'infection se propage par voie sanguine ou lymphatique, ou par continuité de tissus. Mais de toutes ces voies laquelle peut être la plus fréquemment incriminée? Ce problème a prêté à discus-

sion: mais il semble qu'on ne puisse l'aborder sans faire une incursion sur la disposition vasculaire de l'ovaire et du kyste.

D'abord, l'*infection par voisinage*, par l'intermédiaire des adhérences, a été observée (Sulton, Giles, Pozzi), alors que les annexes étaient enflammées, ou encore par adhérence à l'intestin et à l'appendice.

Le kyste présente uniquement des rapports de contact avec les organes voisins. Seul, un pédicule mince en assure l'irrigation et permet les échanges avec le reste de l'organisme. Tous les lymphatiques et les vaisseaux sanguins du kyste y viennent par ce pédicule. Il est logique de penser que lorsque le kyste s'infecte, c'est par cette même voie que lui arrivent les germes. Il existe effectivement toute une série de cas où la voie sanguine peut seule être incriminée: suppuration des kystes dans les septicémies, la fièvre typhoïde, etc.

Mais, le plus souvent, la suppuration du kyste survient à la suite d'une infection localisée, parfois insignifiante, au niveau de la muqueuse utérine. Pour expliquer sa formation, on a invoqué *la propagation de l'infection par voie lymphatique* (Bouilly, L. Championnière). Ce dernier appuie sa théorie sur des constatations anatomiques. Pour lui, les lymphatiques utérins et ovariens s'abouchent en plein canal au niveau du plexus ovarique. C'est là une voie toute tracée aux germes venant de l'utérus. « L'ovaire est un organe riche en lymphatiques, son système lymphatique semble être si voisin de celui de l'utérus qu'il se confond complètement avec lui après trajet, et on peut admettre volontiers qu'il se fit par là une propagation inflammatoire de l'utérus à l'ovaire. » A vrai dire, cette

conception est un peu troublante. On comprend difficilement que l'infection, venant par les lymphatiques, n'atteigne que le kyste et qu'il n'y ait pas de lymphangite, ni d'abcès diffus; or, l'examen anatomo-pathologique dans les diverses observations rapportées montre qu'il n'en est pas ainsi.

D'ailleurs, une objection tirée de l'anatomie a été faite par Poirier. Cet auteur a montré par la méthode des injections mercurielles qu'en réalité le système lymphatique de l'ovaire est tout à fait indépendant de celui de l'utérus et de la trompe.

Si, comme on l'a dit, les lymphatiques nés du corps utérin s'anastomosaient au niveau du hile ovarien avec les lymphatiques de l'ovaire, toujours le mercure, qui a tant de peine à remonter les lymphatiques utérins dans leur trajet vers les lombes, se déverserait dans la voie si large des lymphatiques ovariens. Or, cela n'arrive jamais et voici ce qui se passe toujours. Lorsqu'on pique le fond de l'utérus, le mercure met un certain temps à remplir les lymphatiques du corps, puis il apparaît dans les gros troncs des angles et s'engage de chaque côté dans les vaisseaux afférents. Ici, il importe de prendre patience et de diminuer la pression, sous peine d'une rupture qui se fait souvent et pour les mêmes raisons que pour les lymphatiques du col.

Après un temps d'arrêt plus ou moins long, l'injection reprend son cours; bientôt, les vaisseaux se dégagent du ligament large, apparaissent sous le péritoine de la fosse iliaque et remontent jusqu'aux ganglions lombaires avec les vaisseaux utéro-ovariens. Vers le milieu de ce trajet, au niveau d'une ligne transversale passant par le corps

de la V^e vertèbre lombaire, on est tout surpris de voir le mercure s'introduire dans un ou plusieurs lymphatiques qui suivent un trajet parallèle à ceux de l'utérus et quelquefois même redescendent vers l'ovaire sur une longueur de 2 ou 3 centimètres. C'est en ce point et non ailleurs que se fait l'anastomose des lymphatiques utérins et ovariens. Jusque-là, ils cheminaient côte à côte, mais restaient indépendants. Au-delà, les sept ou huit vaisseaux lymphatiques qui viennent du corps de l'utérus, transportent une lymphe commune, car ils se sont largement anastomosés au point que j'ai dit. » (Poirier.)

Nous voyons donc que les arguments anatomiques donnés par Lucas Championnière ne sont guère défendables. D'ailleurs, ces présomptions de doute sont confirmées par la matérialité des faits. Dans aucun de nos cas, il n'y avait de lymphangite, pas non plus d'infiltration leucocytaire dans le hile.

Il est donc difficile d'admettre que la voie lymphatique soit la voie habituelle de l'infection.

Au cours de la puerpéralité ne serait-il pas plus logique d'admettre l'*infection par voie veineuse*, ainsi que l'avait soutenu Mangold ? Les agents infectieux seraient portés dans le kyste par les veines utérines qui s'anastomosent largement avec le plexus pampiniformé. L'observation XVIII mérite d'être rappelée à ce propos. On peut constater à l'autopsie des lésions de périmétrite, de suppuration du kyste et un abcès du poumon. Dans d'autres cas, on a observé simultanément des phlébites. N'est-ce pas l'embolie septique qui explique le mieux ces suppurations ?

La *voie artérielle* peut aussi être incriminée. On a rapporté des observations démonstratives de suppurations

de kystes de l'ovaire au cours d'une infection générale.

C'est ce que l'on constate dans certaines observations, telle que l'observation XIX.

Dans d'autres cas, on a observé quelques jours après l'accouchement un état de septicémie puerpérale qui peut bien entraîner la suppuration d'un kyste de l'ovaire pré-existant.

Dans d'autres séries de faits, on observe à l'opération à côté du kyste suppuré, des trompes malades, un pyosaf-pinx ou bien de la péri-mérite, de la pelvi-péritonite et il est bien difficile de savoir quelle suppuration avait pré-existée, mais l'on peut bien affirmer que ces états infectieux localisés peuvent bien diffuser aux organes voisins. Par contre, il existe d'autres faits où l'on constate un utérus et des annexes absolument sains (grippe, fièvre typhoïde, etc.).

De même, on a signalé, dans plusieurs observations, une phase de septicémie puerpérale ayant précédé la phase de suppuration intra-kystique. Il faudrait alors admettre que le kyste joue vis-à-vis de cette infection générale le rôle d'abcès de fixation.

A l'appui de cette conception, on peut mettre en parallèle les cas, rares il est vrai, mais incontestables, de strumites suppurées puerpérales, dont la pathogénie peut bien être rapprochée de celle que nous envisageons. Le sang est le seul vecteur « des microbes jusqu'à la glande ». Dans beaucoup d'observations, l'infection puerpérale a été bien fruste et l'on se demande si la suppuration thyroïdienne ne jouerait pas sur l'infection puerpérale le rôle d'abcès de fixation. » (Bérard.)

Ces diverses voies d'infection admises, il faut se deman-

der s'il n'y a pas d'autres modes d'invasion ou du moins des causes prédisposantes à cette suppuration. Il est certain qu'un traumatisme local a pu être invoqué.

La *grossesse* agit sur l'ovaire et ses kystes en modifiant leur vascularisation, créant un état congestif les rendant plus réceptifs aux infections.

L'*accouchement*, lui aussi, agit peut-être encore plus énergiquement comme traumatisant.

La *torsion du pédicule* a pu être invoquée dans plusieurs cas. Ces causes agissent en altérant la vitalité des tissus, en produisant des thromboses des vaisseaux des parois kystiques et des hémorragies intra-kystiques. Il est fréquent de trouver du pus dans des kystes ayant été le siège d'une hémorragie.

Expérimentalement, l'asepsie du liquide des kystes de l'ovaire a été démontrée par Chauffard et Vidal, mais leurs recherches ont montré que ces liquides organiques constituent un excellent milieu de culture, bien favorable à la pullulation des germes.

CHAPITRE V

Anatomie pathologique et Bactériologie.

Grâce aux progrès de la chirurgie et de la bactériologie qui ont permis d'observer mieux les lésions, on peut essayer de mettre la question au point.

Les kystes de l'ovaire susceptibles de s'enflammer peuvent se diviser en deux groupes :

Les kystes mucoïdes,

Les kystes dermoïdes.

Hâtons-nous de dire que les kystes mucoïdes suppurés sont rarement signalés dans nos observations. Nous n'en rapportons que deux cas. Il s'agit donc presque toujours de kystes dermoïdes. Cela se comprend aisément si l'on songe que les kystes mucoïdes, en général de grand volume, échappent rarement à l'attention du médecin et, en tout cas, sont rarement compatibles avec un accouchement eutocique.

Les kystes dermoïdes, plus petits, passent plus souvent inaperçus au cours de la grossesse et, comme on le voit

dans plusieurs observations, le médecin qui est amené à examiner une accouchée, trouve par hasard une tumeur du petit bassin dont il ne peut pas préciser la nature. D'ailleurs, tous les auteurs ont constaté la plus grande fréquence des kystes dermoïdes pendant la grossesse, quelles que soient les théories pathogéniques que l'on invoque du kyste dermoïde.

Le volume du kyste augmente parfois après le début de la suppuration.

Le pus y présente des caractères variables ; sa coloration peut être jaune, verdâtre, grise ou noirâtre. Il peut être fétide ou sans odeur. La présence de gaz en plus ou moins grande quantité a été signalée (kystes suppurés gazeux). Dans certains cas, l'aspect noirâtre, le mélange même du pus avec du sang plus ou moins coagulé, permettent de penser qu'un stade d'hémorragie intra-kystique aurait précédé la suppuration. S'il s'agit de kystes multiloculaires, on a pu constater des loges à contenu mucoïde, alors que d'autres avaient un contenu purulent. Les parois participent à un degré variable à l'inflammation ; quelquefois, elles sont indemnes de tout état inflammatoire, sauf la couche interne, qui est pyogène, mais très souvent l'épaisseur de la paroi est entièrement modifiée. Les cellules inflammatoires sont nombreuses, disséminées dans le tissu conjonctif densifié qui les constituent.

Les adhérences peu nombreuses et peu denses, dans ces kystes non suppurés, deviennent très denses et très vascularisées. Il est parfois impossible de les laisser dans le ventre des parties du kyste solidement attachées aux viscères.

On a vu une grande masse épiploïque de la grosseur

de deux poings, durcie par l'inflammation adhérer aux parois kystiques et reséquée et extirpée avec la tumeur.

La soudure intime du kyste suppurée avec l'intestin et la vessie est fréquemment observée.

On peut voir aussi des adhérences à l'utérus, la paroi abdominale, l'ictère, l'épiploon, la trompe.

Les adhérences cloisonnent quelquefois la cavité péritonéale et dans le cas de rupture du kyste dermoïde suppuré, ce fait est assez favorable. Il se produit une péritonite localisée dont le pronostic est incomparablement moins grave que celui de la péritonite généralisée qui aurait lieu s'il n'y avait pas d'adhérences.

La rupture du kyste suppuré est un phénomène très fréquent. Elle peut se faire spontanément soit dans le péritoine, soit dans les organes voisins : vessie, vagin, intestin, paroi abdominale au niveau de l'ombilic.

Dans certaines observations, on signale un état sphacélique de la paroi en certain point saisissant sur le fait le mécanisme de la rupture.

Le pédicule présente une disposition variée. En général les vaisseaux qui y cheminent sont dilatés ; la congestion y est intense, mais parfois on y observe une torsion plus ou moins complète et semblant antérieure à la suppuration.

L'examen bactériologique du pus a été pratiqué dans plusieurs cas, mais les observations récentes ne donnent pas de détails à ce sujet en général. La flore microbienne y est variée.

Le streptocoque et le staphylocoque ont été les plus fréquemment observés. D'autres auteurs ont trouvé le bacille d'Eberth, le pneumocoque, le coli bacille, le gono-

coque, et aussi des associations de ces divers microorganismes.

Rarement les colonies microbiennes sont pures.

Mais parfois, on a observé des kystes gazeux et l'on en a déduit la présence de microbes anaérobies, car l'examen de ces microorganismes n'a pas été pratiqué en général étant donné qu'il nécessite une technique assez compliquée.

La présence de gaz indiquerait une gravité plus grande, Quant à la pathogénie, elle est simple, si l'on admet la communication avec l'intestin.

Signalons toutefois que quelques microbes de la suppuration banale peuvent devenir anaérobies.

Enfin dans certains cas, le pus est stérile.

CHAPITRE VI

Etude clinique.

Symptômes.

L'aspect clinique des kystes suppurée de l'ovaire au cours de la puerpéralité n'est pas univoque et ils peuvent prêter à des erreurs multiples.

L'examen attentif de nos observations montre que souvent le diagnostic n'a pas été fait. On a vu parfois le kyste s'ouvrir spontanément et les poils apparaître signant le diagnostic. Parfois on est intervenu pour une collection suppurée ou pour une péritonite. En effet, parfois le diagnostic est difficile.

Lorsque le diagnostic de kyste de l'ovaire a été porté au cours de la grossesse, la question se simplifie, car l'attention aura été en éveil constamment par ce facteur aggravant de la grossesse, le praticien sera même intervenu au cours de la grossesse, en tout cas il se sera tenu prêt à parer à tout accident.

Mais beaucoup de ces kystes suppurés ont passé ina-

perçus au cours de la grossesse et n'ont pas gêné l'accouchement.

C'est en général quelques jours après l'accouchement que l'attention est attirée par divers phénomènes qui peuvent se présenter sous 3 formes principales.

- a) Forme aiguë à type péritonite,
- b) Forme pyosalpinx,
- c) Forme chronique à type cachectique.

Forme aiguë à type péritonite

Brusquement, la malade éprouve de violentes coliques localisées dans le bas ventre. Immobilisée, redoutant le moindre effort, elle attend anxieuse, inquiète. Les douleurs s'irradient dans les reins, les cuissés, les genoux, les hanches.

En même temps, apparaissent des frissons, des nausées, des vomissements bilieux. La température s'élève à 38°, 38°5, le pouls s'accélère à 100, 110. Les mictions sont douloureuses. Les urines rares. La langue est sèche. La constipation opiniâtre. Le faciès est altéré. Les traits sont tirés, les yeux cernés. Le ventre est ballonné. La palpation superficielle est douloureuse. Si le kyste a été antérieurement diagnostiqué, on songera immédiatement à l'une ou l'autre de ses complications: rupture, torsion, hémorragie intra-kystique, suppuration. C'est le cas qui se présentera ordinairement, car dans cette forme péritonéale il faut que le kyste soit volumineux pour produire une symptomatologie aussi violente. Le symptôme capital qui attirera l'attention, c'est l'augmentation rapide du volume du kyste. Ce symptôme est noté dans plusieurs observations, associé

aux symptômes d'inflammation, il peut permettre de porter un diagnostic précis.

L'évolution, dans ces cas, est généralement progressive; vers la mort en général par rupture intra-péritonéale, si l'on n'intervient pas assez vite.

Forme pyosalpinx

C'est la forme la plus fréquente, car les kystes dermoïdes suppurés sont plus nombreux au cours de la puerpéralité.

L'affection se présente avec une allure de pyosalpinx ou de pelvi-péritonite. On peut noter des poussées aiguës avec douleur dans le petit bassin et irradiations, poussées fébriles, vomissements bilieux. Crises qui durent huit à dix jours, puis disparaissent sous l'influence d'un traitement médical, laissant un état spécial caractérisé par des douleurs plus ou moins vives dans le bas-ventre; une altération dans l'état général assez marquée, faciès jaunâtre, amaigrissement, anorexie, troubles du caractère, inaptitude au travail.

Dans ces cas, la palpation peut révéler une tumeur remontant plus ou moins haut dans l'abdomen, régulière, fluctuante, mate. Le toucher combiné au palper abdominal, montre un utérus déplacé et l'on sent une poche à parois épaisses dans laquelle il y a du liquide donnant une sensation de dureté qui cède; quelquefois, une sensation de fluctuation nette.

Cette tuméfaction est indépendante de l'utérus, séparée par un sillon.

L'évolution est variable. La malade peut garder long-

temps un état cachectique, mais l'aggravation peut se voir rapidement par augmentation de volume du kyste et la rupture qui peut se faire dans divers organes : péritoine, intestin, vessie, vagin, etc.

Forme chronique à type cachectique

Quelque temps après l'accouchement, la malade présente des phénomènes généraux plus ou moins marqués : la fièvre est presque constante, le pouls est accéléré et l'état général s'altère rapidement ; on note de la diarrhée, des troubles digestifs, une légère dyspnée, de l'amaigrissement, et un état cachectique

Tous ces symptômes, en l'absence de signes locaux précis, font errer le diagnostic et l'on songe à un néoplasme latent ou à une bacillose en évolution. Mais si, à ce tableau clinique, viennent s'ajouter des douleurs abdominales, on fera le toucher vaginal qui fera sentir une tumeur du bassin.

Complications.

La suppuration peut évoluer lentement sous forme de septicémie chronique ou subaiguë, mais elle peut aussi évoluer rapidement en s'accompagnant de complications.

Par suite de l'altération plus ou moins rapide des parois kystiques, le pus peut se faire jour dans la cavité péritonéale ou la paroi abdominale, dans les viscères voisins.

La rupture dans la cavité abdominale détermine une péritonite mortelle. Elle a été signalée au cours de l'opération.

L'ouverture dans la vessie s'accompagne de vomique vésicale, violent besoin d'uriner, miction d'un pus dense, épais. Elle peut être confondue avec la cystite purulente.

L'ouverture dans le vagin est rare, mais a pu être observée.

L'ouverture dans l'intestin peut se faire dans le rectum ou le colon.

Enfin, l'ouverture à la paroi abdominale a été signalée.

Mais il importe de noter que lorsque l'ouverture se fait à la paroi abdominale, c'est en général à l'ombilic que se fait en évidence dans la thèse de Sage (1913), car c'est là le point faible de la paroi.

On comprend que les kystes dermoïdes suppurés s'ouvrent le plus souvent dans la vessie, le vagin, le rectum, l'anse sigmoïde, qu'à l'ombilic, car pour que l'involution

abdominale se fasse, il faut que le kyste ne soit pas inclus, que le pédicule soit assez long pour lui permettre de remonter.

Enfin, que la suppuration intervienne pour augmenter le volume du kyste et le rendre suffisamment gros pour atteindre l'ombilic.

Diagnostic.

En gynécologie, les tableaux cliniques les plus exactement décrits ne suffisent pas et les bons diagnostics sont dus à l'habitude de choses vues et senties, d'impressions qui échappent à toute description.

Les suppurations des kystes de l'ovaire, bien que caractéristiques, peuvent cependant être confondues avec toutes les tumeurs du petit bassin et de la partie inférieure de l'abdomen.

Si la suppuration se produit à bas bruits, il faudra éliminer la tuberculose, le néoplasme, et aussi le fibrome de l'utérus, le kyste simple ou hématique de l'ovaire, les tumeurs de l'ovaire.

Dans la forme péritonite, on doit éliminer les diverses causes de péritonite, le fibrome tordu, la torsion du kyste, sa rupture.

Dans la forme pyosalpinx, on éliminera l'hémotocèle, le pyosalpinx, la pelvi-péritonite et aussi l'ovarite suppurée. Cette dernière affection peut, en effet, se rencontrer dans les suites de couches et le diagnostic en sera très difficile d'avec le kyste suppuré, si l'on n'a pas la notion de la préexistence de ce dernier.

En somme :

Le diagnostic de la suppuration des kystes de l'ovaire est difficile et il faut toujours y songer.

Pronostic.

Si l'on établit le pourcentage de mortalité dans nos observations, on trouve 6 décès sur 31 cas, mais il faut tenir compte de ce fait que certaines observations sont anciennes et remontent à une période où les interventions abdominales avaient une forte mortalité.

Parmi les cas de guérison, certains ont été spontanés, à la suite de fistulisation vaginale ou cutanée. Mais ces faits sont exceptonnels et le plus souvent la guérison est survenue après l'opération. Car l'évolution spontanée aboutit en général à la mort par une des complications précédemment signalées ou par hecticité.

CHAPITRE VII

Traitement.

a) *Préventif.*

La question des kystes de l'ovaire pendant la grossesse a été étudiée par de nombreux auteurs et la majorité des gynécologues s'est prononcée pour l'intervention systématique par l'ovariotomie pendant la gestation. Fehling s'est cependant prononcé contre l'ovariotomie pendant la gestation, à moins de complications.

Malgré cela, on peut répéter aujourd'hui la parole que prononçait Pinard en mars 1900: « Tout kyste de l'ovaire diagnostiqué pendant la grossesse doit être opéré ».

C'est le plus sûr moyen d'éviter les multiples complications.

b) *Curatif.*

Contre la suppuration des kystes l'indication est formelle : Il faut intervenir d'urgence.

Méthodes opératoires

La lecture de nos observations montre que l'on a utilisé trois méthodes différentes :

A. Ponction,

B. Colpotomie,

C. Laparotomie.

Ponction

La ponction exploratrice est dangereuse. Dans un certain nombre de cas, les kystes sans adhérence à la paroi ont vidé de la sorte une partie de leur contenu dans le péritoine, produisant une péritonite subaiguë.

On a parfois pratiqué la ponction du kyste par le vagin (obs. VI).

Colpotomie

Voie vaginale : Cette voie a été souvent pratiquée et généralement dans le cas où le diagnostic ne fut pas fait, on pratiquait une incision dans le cul-de-sac postérieur aux ciseaux, et c'est au moment de l'intervention qu'on s'aperçut de la présence de poils, de cheveux, caractéristiques du kyste dermoïde. Tel est le cas de MM. Cotte et Trillat (obs. I). La colpotomie est suivie de drainages qui amènent une sédation des phénomènes et notamment une chute de température, mais il est souvent insuffisant à amener la guérison complète et l'on voit souvent réapparaître la collection lorsqu'on supprime le drainage. Cependant la guérison a pu être obtenue dans certains cas par ce moyen (obs. VIII), mais parfois on a dû faire ultérieurement l'ablation du kyste par voie abdominale (cas de MM. Cotte et Trillat).

Laparotomie

Voie abdominale. Par cette voie, on se propose d'évacuer le contenu d'un kyste et d'extirper la poche. L'opération idéale est l'ablation complète du kyste sans rupture de sa paroi. Elle est facile quand il n'y a pas d'adhérences péritonéales. Si l'on parcourt dans Spencer, Wells et Keith la description des premières ovariectomies dans les cas de suppurations, on voit que c'est justement le succès dans les cas où les malades étaient considérés comme perdus qui a contribué à rendre cette opération générale.

On conduira donc l'opération de la façon suivante :

Pratiquer une laparotomie sous-ombilicale par incision sur la ligne blanche ou incision de Pfannenstiel. Libérer les adhérences épiploïques, intestinales et autres. Extirper le kyste après ligature du pédicule.

Si les adhérences sont étendues, faire une incision simple, si les adhérences sont profondes et solides au petit bassin, on sera réduit à faire la marsupialisation de la poche avec ou sans résection partielle.

S'il existe des adhérences aux organes génitaux ou des lésions inflammatoires concomitantes de ces organes, s'il existe des lésions de pelvi-péritonite, l'hystérectomie est indiquée afin de drainer le petit bassin.

Au cours de cette intervention diverses complications peuvent survenir. Elles sont dues en général à la rupture intempestive de la poche ou à l'ouverture d'un organe voisin au cours de décollement des adhérences. Il y a donc lieu de bien protéger la cavité péritonéale au cours de l'intervention à l'aide de grandes compresses stérilisées.

En résumé, le traitement du kyste de l'ovaire suppuré est un traitement d'urgence. Il faut faire une laparotomie et pratiquer l'ablation du kyste en évitant la rupture de sa paroi.

Conclusions.

I. — La suppuration des kystes de l'ovaire dans le *post partum* et le *post abortum* est un accident d'une certaine fréquence.

II. — Nous rapportons 37 observations.

III. — Les kystes dermoïdes suppurés sont plus fréquemment observés parce que ce sont les plus habituels au cours de la grossesse.

IV. — Le pus présente des aspects divers en rapport sans doute avec la cause de la suppuration, crémeux, jaunâtre verdâtre, noirâtre, hémorragique, sans odeur ou fétide.

V. — La flore bactérienne peut être variée et le pus est parfois stérile.

VI. — L'infection se fait soit par contiguïté de tissus, par voie lymphatique, par voie veineuse ou par voie artérielle. La ponction du kyste a pu être incriminée. La voie veineuse paraît être là plus habituelle. Il faut faire jouer un rôle à la grossesse, à l'accouchement souvent difficile dans ces cas.

VII. — La suppuration se manifeste sous 3 aspects cliniques principaux.

- a) La forme péritonite ;
- b) La forme cachectique ;
- c) La forme pyosalpinx qui est la plus fréquente.

L'évolution spontanée est toujours grave, rapidement dans le premier cas, elle évolue vers une cachexie progressive dans les autres formes à moins que l'évolution soit hâtée par une complication, la rupture dans le péritoine ou dans un organe voisin.

VIII. — Le diagnostic se pose dans la première forme avec les péritonites aiguës, le fibrome tordu, la torsion et la rupture du kyste.

Dans la forme pyosalpinx avec la pelvi-péritonite, l'ovarite suppurée, le phlegmon du ligament large.

Dans la forme cachectique, on éliminera la tuberculose, le néoplasme.

XI. — Il faut toujours intervenir par laparotomie et extirpation du kyste. L'hystérectomie ne sera pratiquée que dans les cas où il y a des lésions de pelvi-péritonite et où il est nécessaire de drainer le petit bassin.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
COMMANDEUR.

Vu :
LE DOYEN,
Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 22 Mai 1923.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER.

Bibliographie.

- ARRONSOHN. — *Thèse Zurich*, 1883.
- BERNARD Charles. — Les kystes de l'ovaire dans leurs rapports avec la gestation, l'accouchement et les suites de couches. *Thèse Paris*, 1920.
- BOSSARD. — Les kyses de l'ovaire pendant la grossesse. *Thèse Toulouse*, 1896.
- BOUILLY. — De la suppuration des kystes de l'ovaire. *La Gynécologie*, 1896.
- CHAVARNAZ. — Kyste gazeux. *Cong. Chir.*, 1912.
- COMMANDEUR. — Note sur 4 observations de kyste de l'ovaire suppuré. *Sem. Ginec.*, 1898.
- COTTE ET TRILLAT. — Kyste dermoïde suppuré au cours de la puerpéralité. *Société d'Obstétrique et Gynécologie de Paris*, 1922.
- DE BUCHY. — *Thèse Paris*, 1898.
- DELBET. — *Traité des suppurations pelviennes*, 1897.
- DUJARDIN. — Kystes de l'ovaire à l'état puerpéral. *Thèse Lille*, 1897.
- FERRAND. — *Thèse Paris*, 1920.
- FERAUD. — *Thèse Bordeaux*, 1896-1897.
- FERRARI. — Kyste dermoïde de l'ovaire. *Arch. d'obstétrique*, 1914.
- FORGUE et MASSABÜAU. — *Traité de gynécologie* (Le Dentu et Delbet).

- FRAISSE ET LEGRAIN. — *Arch. de tocologie*, 1892.
- GORUSCHINE. — Suppuration des kystes dermoïdes de l'ovaire et son traitement. *Thèse Lyon*, 1904-1905.
- GALLEZ. — Histoire des kystes de l'ovaire, 1875.
- GREENE CUMSTON. — *American Journal of obstetric*, 1898. Analyse in *Rev. de Gynec.*, 1899.
- GRICAULT et BRINO. — Les strumites suppurées puerpérales. *Gynec. et Obstet.*, 1922.
- HEINRICIUS. — Suppurations des kystes de l'ovaire. *Annales de Gynécologie*, 1897.
- HERMAN. — *Lancet*, 9 mars 1894.
- HERBINEAUX. — *Traité des divers accouchements*.
- KRALING et Goë. — *Clinical Gynecology by American author*, 1895.
- JABOULAY. — Kyste de l'ovaire suppuré et généralisé à l'ombilic. (Leçon inédite et Soc. *Sciences méd.* Lyon, 1908.)
- JOLHIET. — *Thèse*, Lyon, 1896-1897.
- JAYLE. — *Cong. Chir.* 1912.
- KISSILOFF. — *Thèse*, Paris, 1896.
- LEJARS. — *Semaine médicale*, 20 septembre 1904.
- LEMOINE. — *Thèse*, Lyon, 1902-1903. — *Lyon médical*, 1902.
- LESOURY. — *Thèse*, Paris, 1897.
- LEROY DES BARRES. — *Bull. Acad. méd.*, 20 février 1894.
- MANGOLD. — *Thèse*, Bâle, 1895. L'infection des kystes de l'ovaire.
- MAUGER. — L'ovarite suppurée. *Thèse*, Paris, 1900-1901.
- MANGIN. — Kyste dermoïde et grossesse. *La Gynécologie*, 1896.
- MARTIN (de Berlin). — *Krankheiten der Eierstocke*, 1885.
- MICHEL. — Appendicite et suppuration des kystes de l'ovaire. *Bull. Méd.*, 1900.
- OESHAUSEN. — *Deutsche Chirurgie*, 1886.
- PINARD. — *Soc. d'obst.* Paris, 1900.
- PINTO. — Kystes de l'ovaire pendant la grossesse. *Thèse*, Paris, 1908.

- POZZI. — Traité de gynécologie. Paris, 1905.
- RAICONDI. — *Thèse*, Paris, 1896-1897.
- RÉMY. — *Thèse d'agrég.*, 1886.
- SAGE. — Kystes dermoïdes de l'ovaire suppurés ouverts à l'ombilic. *Thèse*, Lyon, 1912-1913.
- SGOURDÉOS. — *Thèse*, Lyon, 1897-1898.
Semaine médicale, 1911-1913.
- SERGUEFF. — Suppurations des kystes de l'ovaire. *Thèse*, Montpellier, 1903.
- SCHWARTZ. — Trois observations de suppurations des kystes de l'ovaire. *Annales de gyn.*, 1897.
- TARDIF. — Complications des kystes de l'ovaire pendant la grossesse. *Thèse*, Paris, 1906.
- THÉOPHILIDES. — *Thèse*, Montpellier, 1898.
- THIRIAR. — Kyste dermoïde suppuré. *Presse méd. Belgique*, 1887.
- TROIN. — Kyste de l'ovaire dans la grossesse. *Thèse*, Montpellier, 1902-1903.
- WELLS SPENCER. — Traité des maladies des ovaires, 1865. — Des kystes ovariens coïncidant avec la grossesse. *Arch. de Tocologie*, 1876.
- WERTH. — De la suppuration post-typhoïque du kyste de l'ovaire. *Deutsche méd. Woch.*, 1893.
- WUNDERLI BERT. — *Klin. Chir.* 1900.
-

TABLE DES MATIERES

Introduction et généralités.	9
Chapitre premier. - Historique.....	11
Chapitre II. - Observations.....	13
Chapitre III. - Analyse des observations.....	41
Chapitre IV. - Etiologie et Pathogénie.....	47
Chapitre V. - Anatomie pathologique et Bacté- riologie.....	53
Chapitre VI. - Etude clinique :	
Symptômes	57
Complications	61
Diagnostic.....	63
Pronostic.....	64
Chapitre VII. - Traitement.....	65
Conclusion.....	69
Bibliographie	71
